



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES-UNAN Managua



Maestría en Administración en Salud

2016 - 2018.

Informe final de Tesis para optar al

Título de Máster en Administración en Salud.

**PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE
SOBRE LOS CAMBIOS SOCIALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO.
MANAGUA-NICARAGUA.**

FEBRERO-MARZO 2018.

Autora

Dra. Johanna Dolores Marenco Vallejos.

Doctora en Medicina y Cirugía.

Tutora

MSc. Marcia Yasmina Ibarra Herrera.

Docente e investigadora.

Managua, Nicaragua, Noviembre del 2018.

ÍNDICE

OPINIÓN DEL TUTOR.

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	22
IX. CONCLUSIONES.....	47
X. RECOMENDACIONES.....	48
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS	

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo de investigación para optar al título de Máster en Administración de la Salud, sintetiza la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del hospital Bertha Calderón Roque sobre la percepción de los cambios sociales relacionados con el embarazo.

Los resultados de esta investigación aportan muchos elementos que deben considerarse a la hora de diseñar programas de educación a la población y a los recursos humanos que laboran en estos servicios. La pertinencia y oportunidad del estudio presentado trasciende el plano de satisfacer un requerimiento académico y se enfoca en los aspectos de la visión de las adolescentes relacionada con su condición de adolescentes y de su embarazo.

Estos resultados pueden contribuir a fortalecer la gestión del conocimiento del personal de salud, siempre que exista el compromiso de las autoridades para retomarlos y diseñar un plan de intervención como parte del plan de mejora de la calidad que debe tener toda institución que presta servicios de salud a los y las adolescentes.

Felicitaciones a la autora, ya que la investigación es un paso importante ante los retos planteados y a la continuidad de nuevas investigaciones que aporten a las intervenciones en salud de este grupo vulnerable.

MSc. Marcia Yasmina Ibarra Herrera
Docente Investigador CIES UNAN Managua.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua, Nicaragua en el período febrero - marzo 2018.

Diseño metodológico: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Nicaragua. El universo y la muestra estuvo constituida por 151 adolescentes embarazadas que acudieron en el periodo seleccionado.

Resultados. Las características sociodemográficas que tenían las adolescentes embarazadas, predominó el grupo de edad de 16 a 19 años en un 67%, eran de procedencia urbana en un 92%, reportaron estudios de secundaria incompleta en un 68%, su estado civil fue de unión de hecho estable 81% lo cual percibían como un apoyo, dependían económicamente en un 99%, la deserción escolar fue de un 64%. El apoyo de los padres fue sentimental en 57%, el apoyo de la pareja fue económico 68%. En el ambiente social y comunitario la mayoría no tuvieron ningún apoyo.

Conclusiones: El grupo de edad que predomina es el de 16 a 19 años, de procedencia urbana, religión evangélica, estado civil unión de hecho estable con un espacio intergenésico de 2 años y en su mayoría no trabajan por lo que dependen económicamente de alguien. Hubo predominio de deserción escolar aunque mencionan no ser rechazadas en el colegio y otras expresan que continuarán sus estudios a mediano plazo. En su entorno familiar y amistades tiene apoyo sentimental de sus padres y apoyo económico. No se percibe rechazo por parte de la familia, la mayoría tiene comunicación con la familia. Al valorar los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario no tienen ningún apoyo de ninguna organización.

Palabras claves: Adolescentes, embarazo, cambios sociales.

DEDICATORIA

A DIOS omnipotente que me ha iluminado siempre y ha sido mi impulso y fortaleza para realizar el presente estudio de investigación.

A mis hijos, esposo, padres y hermanos que me han motivado siempre.

A todos mis excelentes y nobles maestros que han compartido sus conocimientos.

A mis compañeros de clase por todo su compartir y apoyar.

A todas aquellas personas que contribuyeron de una u otra forma para la culminación de esta investigación.

A mí amado país Nicaragua.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mis estudios, en la maestría, por ser mi fortaleza.

A Dra. MSc. Marcia Yasmina Ibarra Herrera mi tutora que desde el inicio me guió y colaboró con sus conocimientos en la realización del presente estudio de investigación.

Le agradezco a todos los excelentes docentes por su valiosa enseñanza, confianza, apoyo y dedicación de tiempo.

Gracias a mis hijos Johanna Estephania y Adolfo David Francisco, a mi esposo Adolfo José, a mis padres Cristina del Socorro y Jorge David, a mis hermanos David Geovanny y Georgina de los Ángeles.

A mis amigos, compañeros de clase por confiar en mí y compartir todos los momentos que compartimos juntos.

Muchas gracias al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.

Al Centro de Adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque que me apoyaron y me integraron como parte de su equipo para realizar esta investigación, Dr. Carlos Martin Dinarte, Dra. Caroline Heiniger, Lic. Brígida Alvarado, Lic. Gladys Jiménez .Lic. Marcia Ortega, Lic..Lorena Pérez, Lic. Silvia Solís, Lic. María de Jesús Sequeira, a las adolescentes embarazadas por su valiosa cooperación.

A todas aquellas personas que contribuyeron de una u otra forma para la culminación de esta investigación

Gracias!!!.

Dra. Johanna Dolores Marengo Vallejos.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (Guandique, 2013, p. 5)

El embarazo en adolescentes es la gestación en mujeres cuyo rango de edad corresponde a la adolescencia, es de suma importancia tomar en cuenta datos de la Organización Mundial de la Salud , aproximadamente 16 millones de muchachas entre 15 y 19 años y cerca de 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría originarias de países con ingresos bajos y medianos , las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en las muchachas entre las edades de 15 a 19 años en todo el mundo. (OMS., 2014, p. 1)

El estado de la población mundial 2013 indica que América Latina y el Caribe es la única región en que los nacimientos de niñas menores de 15 años aumentaron. En la región, Nicaragua tiene las tasas más elevadas de adolescentes embarazadas y en febrero del 2018 un informe de la Organización Panamericana de la Salud publicó que Nicaragua sigue siendo el segundo país de América Latina con la tasa más elevada de embarazos en adolescentes.

Esta investigación tuvo el propósito de Determinar la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua, Nicaragua en el período febrero - marzo 2018.. Con la información recolectada se pueden conocer cuáles han sido los cambios sociales que perciben las adolescentes , las cuales pasan de la niñez a la adultez muy rápidamente y así poder desarrollar nuevas acciones importantes dirigidas a priorizar este fenómeno en la sociedad.

II. ANTECEDENTES

García, L. (2016). Realizó una investigación referente a: Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes colegio público Miguel de Cervantes. En el departamento de Managua, Nicaragua. Septiembre y Octubre, 2015. Se llegó a las siguientes conclusiones: La exposición a conductas sexuales de riesgo en los grupos de adolescentes está influenciado por factores relacionados a su medio familiar, social, escolar e individual. En las escuelas la educación puede mejorar los comportamientos de salud, así como también la familia que tiene un papel determinante en el comportamiento sexual, pudiéndose reducir el aumento repentino y progresivo de embarazos precoces en adolescentes.

Cruz, E. (2016). Realizó investigación sobre: Resultados obstétricos y neonatales en las pacientes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense . Managua , Nicaragua. Junio a noviembre 2015. Se concluyó: El grupo etéreo predominante fue de 17 a 19 años, procedencia urbana, estado civil acompañada, escolaridad secundaria. En referencia a las complicaciones que presentaron fueron: infección de vías urinarias, anemia y pre eclampsia. , el embarazo en adolescentes es una condición negativa que conlleva a complicaciones tanto a la madre como al feto y más aún si el embarazo es por segunda ocasión.

Guandique, L. (2013). Realizó estudio sobre: Expectativas de la madre adolescente que fue atendida en la unidad de salud de la Nueva Esperanza para enfrentar un nuevo embarazo desde 2013 al 2014, departamento de Yoro, Honduras para enfrentar un nuevo embarazo. Se concluyó que las madres adolescentes no reciben ayuda en el campo laboral de parte de ninguna organización.

Granado, D. (2013). Realizó estudio sobre: Caracterización de la demanda de atención de embarazadas adolescentes en la emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque .Managua , Nicaragua ,durante el mes de abril del Año 2013. En este estudio se llegó a las siguientes conclusiones: el 13% de embarazadas que asiste a emergencia son adolescentes, niñas de 10 años a adolescentes de 19 años la mayoría solteras y acompañadas en un 75%,su procedencia predomina del área urbana, bajo nivel de escolaridad , ven la maternidad como forma de aumentar su valor propio, la edad que predomina es entre 18 a 19 años en un 50.62%, de 14 a 17 años en un 46.25% y de 10 a 13 años en un 3.12%.

III. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua ocupa el primer lugar en tener la tasa más alta de adolescentes embarazadas en la región de América Latina y el Caribe según el Fondo de población de las naciones unidas. 2013. Además de ocupar el tercer lugar de los países más pobres de Latinoamérica refiere el Banco Mundial lo cual representa un desafío en nuestra sociedad.

Se necesita reconocer que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que se está generalizando de forma persistente, por lo cual se realizó el presente estudio donde se identificó cuál es la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo, Managua, Nicaragua en el período febrero - marzo 2018. Obteniendo la correspondiente información actualizada, se reconocieron las características socio demográficas que tenían las adolescentes embarazadas, se identificó la influencia de los embarazos en la educación de las adolescentes, el apoyo que tenían, así como también se reconoció cuál era su situación económica.

Los resultados del presente estudio servirán para aportar datos que contribuirán al desarrollo de administración en salud en nuestra sociedad, esto a su vez permitirá crear acciones para lograr que las adolescentes se dediquen a estudiar y a tener visión de futuro de profesionalizarse que es la prioridad en esa etapa de su vida, para que luego en su etapa adulta al formar un hogar puedan educar y formar integralmente a sus hijos con valores, influyendo positivamente en la sociedad y el desarrollo del país.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta la importancia en la actualidad en el campo de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, así como también en área de la administración en salud y la necesidad de conocer la repercusión de los factores que se relacionan con las adolescentes embarazadas, se plantea la siguiente pregunta

¿Cuál es la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con embarazo, Managua, Nicaragua en el período febrero - marzo 2018 ?

Por lo cual esto conlleva a realizar las siguientes preguntas secundarias:

1. ¿Qué características sociodemográficas tienen las adolescentes embarazadas?
2. ¿Cuáles son los cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas?
3. ¿Cuáles son los cambios percibidos en el hogar en el entorno familiar por las adolescentes embarazadas?
4. ¿Cuáles son los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de las adolescentes que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con embarazo, Managua, Nicaragua en el período febrero - marzo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características sociodemográficas que tienen las adolescentes embarazadas.
2. Identificar los cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas.
3. Reconocer los cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar en las adolescentes embarazadas.
4. Valorar los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas.

VI. MARCO TEÓRICO

La adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

Adolescencia Temprana (10- 13 años): Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, donde lo físico predomina.

Adolescencia Media (14-17 años): Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria negación de las consecuencias de la conducta sexual, falta de educación sexual.

Adolescencia Tardía (De 18 a 19 años): Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables. (Granados, 2013., p. 10).

Embarazo adolescente

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)”, como:

El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano

(escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como **“aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar.**

Características y condiciones de las adolescentes embarazadas: Físicas, Psicológicas y Sociales

- El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer casi al doble de la mujer adulta.
- Las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años y, en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor.
- Las adolescentes suelen no asistir a la atención prenatal o lo hacen tardíamente.
- El embarazo y la maternidad interfieren con el desarrollo de habilidades.
- El embarazo en adolescentes eleva el riesgo de suicidio (13%), hay mayor incidencia de depresión y una percepción negativa de las redes de apoyo.
- En términos de educación, cada año en la escuela reduce la fertilidad de 5-10%.

Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente

La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socio-económicas, políticas y, en general, con el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes. Esta relación explica las diferencias de las tasas y el curso que siguen estos fenómenos en cada persona, familia y comunidad.

Sobre las consecuencias sociales, la literatura muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la

fuerza de trabajo y de unirse y permanecer unidas. En otro contexto, estudios fisiológicos, sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia.

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno.

Desde esta perspectiva se visualiza a una adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación.

I. Enfoque de vulnerabilidad (protección y riesgo)

El embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que el embarazo acontece. Circunstancias en que se produce la maternidad temprana, dichas circunstancias son:

1. **Edad:** Las adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social
2. **Educación:** Las mujeres latinoamericanas que son madres adolescentes tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo. El embarazo de adolescentes en América Latina se asocia a una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación. La CEPAL y el Banco Mundial estiman que son necesarios 12 años de escolaridad para que las personas avancen en sus procesos de desarrollo

humano. Cada año en la escuela reduce la probabilidad de fertilidad en un 5-10%.

3. **Situación económica:** Aquellas adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser atendidas en forma diferenciada.
4. **Situaciones de abandono o violencia:** La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, el embarazo puede ser una experiencia dolorosa y traumática.
5. **Acceso a servicios de salud:** El acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población, disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas a la salud materna y perinatal.
6. **Cultura machista:** En general, el modelo tradicional de ser un buen padre se traduce en el rol de proveedor económico y disciplinario. Estas dimensiones forman barreras para tener una relación con los hijos basada en respeto y afecto.
7. **Discapacidades:** Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral.
8. **Condiciones de vida o riesgos ambientales:** Algunas condiciones de vida como el hacinamiento, las precarias condiciones de instalaciones sanitarias y alcantarillados, al igual que algunas condiciones laborales y de posibilidades reales de estudio y capacitación, como la exposición a agroquímicos y otras sustancias tóxicas durante el embarazo, pueden volver vulnerable la salud de la madre adolescente. (MINSA., 2016., pp. 16 ,17 . 19 ,22, 23.)

Entre los efectos en las adolescentes embarazadas precozmente se encuentran las complicaciones perinatales : Algunos autores de diversas investigación refieren que debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, por lo tanto más trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas.

Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente y embarazos precoces:

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana
- Mala o deficiente comunicación con los padres
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad
- Problemas entre los padres
- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente.

Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes y menos incidencia de embarazos precoces:

- Padres más instruidos y educados
- Buena o adecuada autoestima del adolescente
- Adolescente estudiando
- Existencia de planes futuros
- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

Actitud frente a la experiencia del embarazo Precoz.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (Cruz, 2016., pp. 9 , 11 , 12)

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.

Esta publicación surge de las Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo. Ella contiene recomendaciones basadas en la evidencia para la acción y la investigación para prevenir el embarazo temprano y los resultados reproductivos adversos.

En los países en desarrollo más del 30% de las niñas se casa antes de cumplir los 18 y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años. El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además, el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza. Las recomendaciones de la OMS para reducir el matrimonio temprano se basan en 21 estudios e informes de proyectos, así como en las conclusiones de un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Afganistán, Bangladesh, Egipto, Etiopía, India, Kenia, Nepal, Senegal y Yemen, entre otros países. Los resultados de estos estudios y proyectos avalan la acción a múltiples niveles — a nivel de políticas, individuos, familias y comunidades — para evitar el matrimonio temprano. ¿Qué pueden hacer los responsables de políticas? **Prohibir el matrimonio temprano.** En muchos países la ley no prohíbe el matrimonio antes de los 18 años de edad, y cuando lo hacen, estas leyes no se cumplen. Los responsables de políticas deben aprobar e implementar leyes que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años. ¿Qué pueden hacer los individuos, las familias y las comunidades? **Mantener a las niñas en la escuela.** En el mundo de hoy hay más niñas asistiendo a la escuela que nunca antes en la historia. Las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a una edad temprana.

Los responsables de política pública deben aumentar las oportunidades educativas formales y no formales de las niñas tanto a nivel primario como secundario. **Influir sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio temprano** En algunas partes del mundo se espera que las niñas se casen y comiencen a tener hijos en la adolescencia temprana o media, mucho antes de que tengan condiciones físicas y mentales como para hacerlo. Los padres se ven presionados a casar a sus hijas muy jóvenes ya sea por las normas y tradiciones vigentes o debido a dificultades económicas. Los líderes de la comunidad deben trabajar con todos los interesados para cuestionar y cambiar estas normas. (OMS., 2011., pp. 1 , 2).

El embarazo en adolescentes realmente es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos. Es en el quintil de bienestar más bajo en donde aumenta el número de embarazos no deseados y es más frecuente la falta de cuidado prenatal, la pérdida de oportunidades en la detección temprana de factores de riesgo, lo cual resulta en una mayor morbilidad materna y perinatal. Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo.

Marco legal en Nicaragua

La Constitución de Nicaragua, enumera los principales tratados de derechos humanos en el artículo 46, estableciendo que en el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos. **En el artículo 71** se establece que la niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia

la convención internacional de los derechos del niño y la niña. El código de la niñez y la adolescencia, en su artículo 2, considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescentes a los que se encuentran entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos. En el artículo 17 se establece que corresponde al ESTADO con la participación activa de la familia, la escuela y la comunidad, desarrollar la atención preventiva de la salud dirigida a la madre y al padre en materia de educación sexual y salud reproductiva. El artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen Situación en las Américas 5 derechos a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable. En el artículo 32 de la ley general de salud (ley 423) se señala que la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia incluirán acciones para la salud sexual y reproductiva.

Respecto a la educación sexual, en Nicaragua (2011 - 2012): se muestran los siguientes resultados.

» El 60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar. Los departamentos donde hay mayor porcentaje de mujeres de 15 y 24 años sin haber tenido curso de educación sexual son: Jinotega (40.9%), RAAS (35.6) y RAAN (33.7).

» El 74.6% de las adolescentes, tenían menos de 15 años de edad al momento de recibir su primer curso/ charla sobre educación sexual y un 24.8% en edad de 15 a 17 años. Los departamentos donde las jóvenes menores de 15 años abordaron la educación sexual de forma temprana son: Managua (68%), Jinotega (67.8%) y Carazo (67.6%), por lo cual es imprescindible ampliar la consejería en educación sexual ,en Nicaragua , en conjunto tanto del Ministerio de educación como de las familias. (OPS/OMS., 2015., pp. 1 ,2 ,4).

Según un estudio de auto concepto y proyecto de vida de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago de Chile participantes de un programa para la salud , relacionado a su ser mujer, adolescente y madre, en este

estudio se concluyó que el impacto biopsicosocial del embarazo adolescente existe mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con madres entre 20 y 35 años, siendo la tasa de mortalidad en hijos de madres adolescentes 50% mayor que el promedio nacional, la escolaridad solo tenían entre 1 a 6 años de estudio el 9.1%, muchas se retiran de sus estudios el cual es un factor que va generando pobreza.

Se entenderá la adolescencia como un proceso de transición entre la niñez y la adultez, durante el cual se producen cambios físicos y psicológicos que permiten a las personas llegar a su plena capacidad sexual y reproductora, asumir un rol dentro de la sociedad y alcanzar su autonomía social y económica.

El ser madre resulta un rol frecuente dentro del entorno de las adolescentes, que se caracteriza por la escasez de recursos y una alta prevalencia del embarazo precoz, , dependen económicamente de su pareja o familia.

El desafío de implementar estrategias integradoras, que vayan más allá del énfasis en lo reproductivo, que amplíen el campo de alternativas que las jóvenes perciben en su futuro, a través de la entrega de apoyo, orientación y acompañamiento.

En esta misma línea, se enfatiza la necesidad de fomentar en las jóvenes el autoconocimiento, el desarrollo personal y una educación que permita abrir la visión de diferentes modelos de roles en relación al ser mujer, cuestionando aquellas pautas que con los años, la crianza y el entorno, se han normalizado.

Estrategias de este tipo podrían actuar tanto de manera preventiva como preparatoria, ya que permitirían, no sólo beneficiar a la adolescente embarazada sino también a su hijo/a y entorno familiar, lo que a largo plazo promovería la interrupción del circuito de la pobreza generado por esta problemática. (Aracena, 2005, pp. 142,143,151)

La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento y con niveles también bajos en las respectivas tasas. Se ha visto que la fecundidad puede ir por debajo del reemplazo y que, por lo tanto, se podría pasar de un crecimiento bajo a una tasa de crecimiento natural negativa y, eventualmente, en ausencia de migraciones, a una disminución de la población en números absolutos.

Es evidente que en todos los países de la región, hay aún un gran potencial para el descenso de la fecundidad. La educación tiene todavía un papel importante que cumplir: dado que hay una relación estrecha entre educación, edad al casarse y número de hijos tenidos, el creciente acceso a la educación por parte de las mujeres puede resultar en un incremento en el número de mujeres que postergan la edad a la primera unión y, por lo tanto, la edad al nacimiento del primer hijo y, eventualmente, en un descenso en el número de hijos al final del ciclo reproductivo.

Los factores culturales son muy en la determinación de los hechos demográficos e incluso en las conductas que aparecen respondiendo solo a una racionalidad económica. Asimismo, desde un enfoque de derechos se requiere no obviar el carácter integral de los derechos económicos, sociales y culturales con los derechos reproductivos, en el marco de una ciudadanía moderna y activa de las mujeres. (Naciones, 2003, pp. 34,49,433,486).

Altamirano, A.Pacheco, C.Huelva, L.Saenz,M.López,A. FUNIDES.2016. Realizó estudio sobre: Embarazo adolescente en Nicaragua. Se llegó a la conclusión: La mayoría de madres adolescentes permanecen con bajo nivel de escolaridad durante el resto de sus vidas, pertenecen a hogares pobres, están en la desocupación y si trabajan sus ingresos son muy bajos y no tienen quien les cuide a sus hijos. (Altamirano, 2016, p. 35).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

b. Área de estudio

Hospital Bertha Calderón Roque, Centro de referencia Nacional de Managua, Nicaragua.

c. Universo y muestra

Estuvo constituido por todas las adolescentes embarazadas , 151 pacientes, escogidas a conveniencia que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque, Centro de referencia nacional, en el periodo febrero-marzo 2018 procedentes de los departamentos de Nicaragua.

d. Unidad de análisis

Adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión.

e. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adolescente embarazada (edad 10 – 19 años).
- Que acepte participar en el estudio y que firme consentimiento informado de forma voluntaria.
- Que haya asistido a consulta al Centro de adolescente del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de febrero-marzo 2018.

Criterios de exclusión

- Adolescente embarazada que no corresponde a las edades entre 10 – 19 años.
- Que no acepte participar en el estudio y que no firme consentimiento informado de forma voluntaria.

- Que no haya asistido a consulta al centro de adolescente del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de febrero-marzo 2018.

f. Variables del estudio

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas que tienen las adolescentes embarazadas.

Variables:

- Edad.
- Procedencia.
- Residencia.
- Escolaridad.
- Religión.
- Estado civil.
- Con quien vive.
- Número de hijos
- Número de hijos desea tener.
- Periodo intergenésico,
- Condición laboral
- Dependencia económica.

Objetivo 2: Identificar los cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas.

- Deserción escolar.
- Cambio de turno escolar.
- Rechazo en el colegio.
- Continuidad de sus estudios.

Objetivo 3: Reconocer los cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades en las adolescentes embarazadas.

- Apoyo de los padres.
- Apoyo de la pareja.
- Apoyo de otros familiares. (hermanos, tíos, primos, abuelos).
- Apoyo de amigos.
- Rechazo por parte de la familia.
- Comunicación familiar.

Objetivo 4: Valorar los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas.

- Apoyo de otras personas (padrinos, vecinos etc.).
- Apoyo de compañeros de trabajo.
- Apoyo de organizaciones en la comunidad.

g. Fuente de información.

Primaria, se realizaron entrevistas directamente a las adolescentes embarazadas.

h. Técnica de recolección de la información.

La técnica utilizada consistió en entrevista directa uno a uno a pacientes adolescentes embarazadas a través del llenado de encuesta de recolección de datos en el Centro de adolescentes del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido del mes de febrero- marzo 2018, esta actividad se realizó por la investigadora.

i. Instrumento de recolección de información.

El instrumento consto de cuatro partes el cual se dividía en los siguientes acápite:

I- Características sociodemográficas.

II-Cambios percibidos en el ámbito escolar.

III-Cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades.

IV-Cambios percibidos en el ambiente social y comunitario.

j. Procesamiento de la información.

Las encuestas se procesaron utilizando el programa SPSS versión 22 y Excel para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

k. Consideraciones éticas.

La información fue manejada confidencialmente y solo para efectos del estudio. La entrevista se realizó en un espacio separado garantizado por la institución, se ocultó la identidad de las pacientes y se utilizó un consentimiento informado el cual fue firmado por la entrevistada. Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por parte de las autoridades correspondientes SILAIS Managua y Hospital Bertha Calderón Roque. Managua-Nicaragua.

l. Trabajo de campo.

Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso al jefe del servicio del Centro de adolescentes del hospital Bertha Calderón Roque, Managua-Nicaragua, explicándole e informándole el tema de investigación para la realización de las entrevistas a las pacientes adolescentes embarazadas.

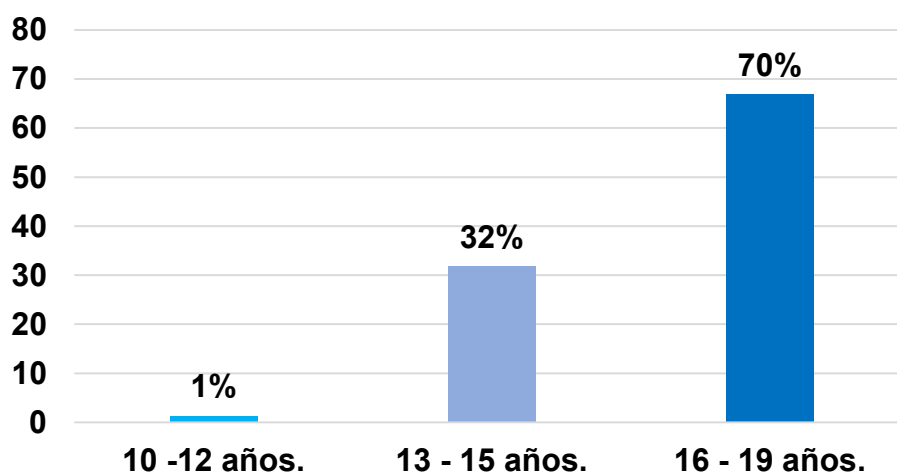
La recolección de la información se realizó a través de entrevistas a las pacientes adolescentes embarazadas previo consentimiento informado con su respectiva firma y llenado completo de encuestas, realizado por la investigadora en horario matutino, coincidiendo con el horario de mayor asistencia de las pacientes embarazadas al Centro de adolescentes del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo febrero- marzo 2018, Managua, Nicaragua.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Objetivo 1. Características sociodemográficas que tienen las adolescentes embarazadas.

Gráfico 1.

Edad de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



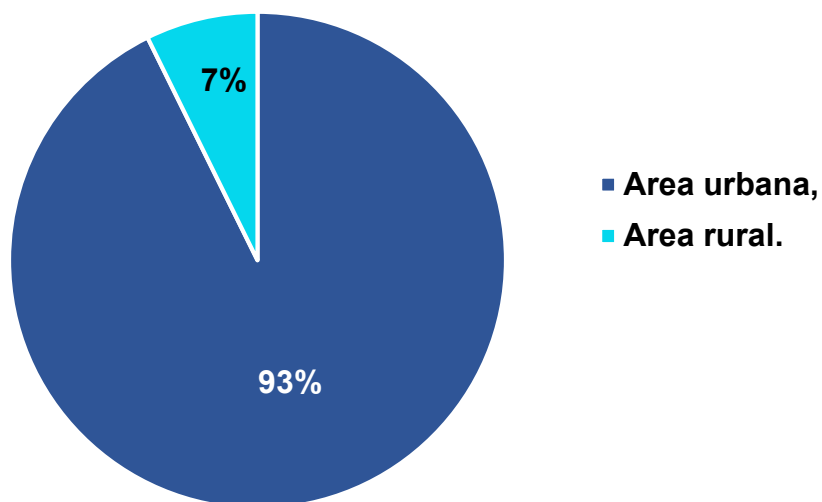
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el Centro de adolescentes.

De las adolescentes entrevistadas que acudieron al Centro de adolescentes, 101(67%) corresponde al grupo de edad de 16 – 19 años , 48 (32%) pertenece al grupo de 13 – 15 años y 2 (1%) adolescentes al grupo de 10 – 12 años (Ver Anexos 5, Tabla 1).

De las 151 adolescentes embarazadas la mayoría es del grupo de edad de 16 a 19 años. Granado,D. En el año 2013 realizó estudio sobre: Caracterización de la demanda de atención de embarazadas adolescentes en la emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque reportando resultados similares en relación a los grupos de edad más frecuente, lo cual significa que el grupo de edad de las adolescentes embarazadas no ha variado.

Gráfico 2.

Procedencia de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el Centro de adolescentes.

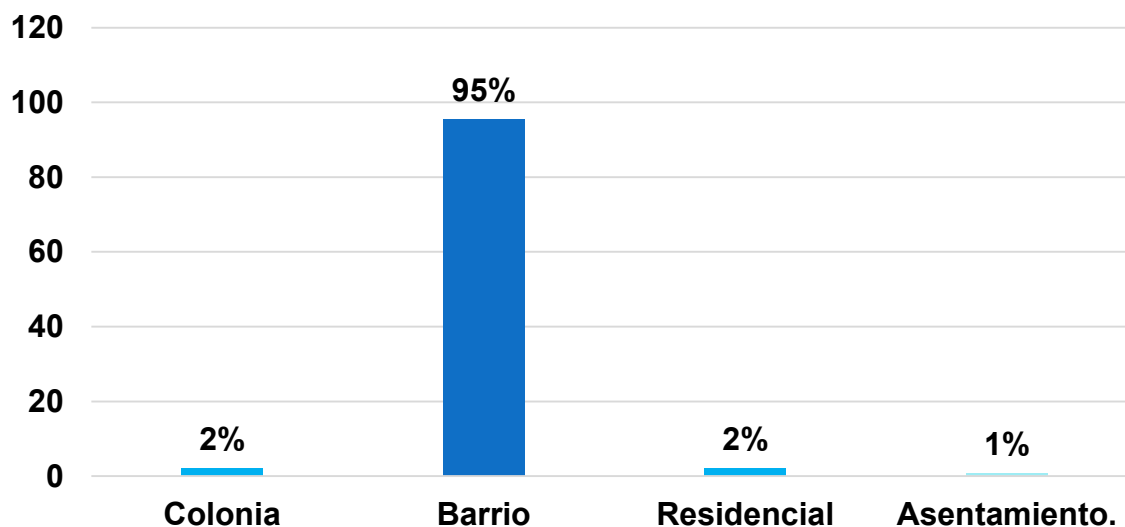
En relación a la procedencia de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes 140 (92%) eran del área urbana, 11 (7%) eran procedentes del área rural. (Ver Anexo 5, Tabla 2)

La mayoría de las pacientes que acudieron al Centro de adolescentes, son de procedencia urbana, resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Cruz E en el año 2016 Sobre: Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense Junio a Noviembre 2015. Reportando que el predominio de procedencia en su mayoría es de área urbana.

Estos resultados pueden estar asociados a la ubicación de este Centro de adolescentes que está ubicado en la capital de Nicaragua.

Gráfico 3.

Residencia de adolescentes embarazadas que asistieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



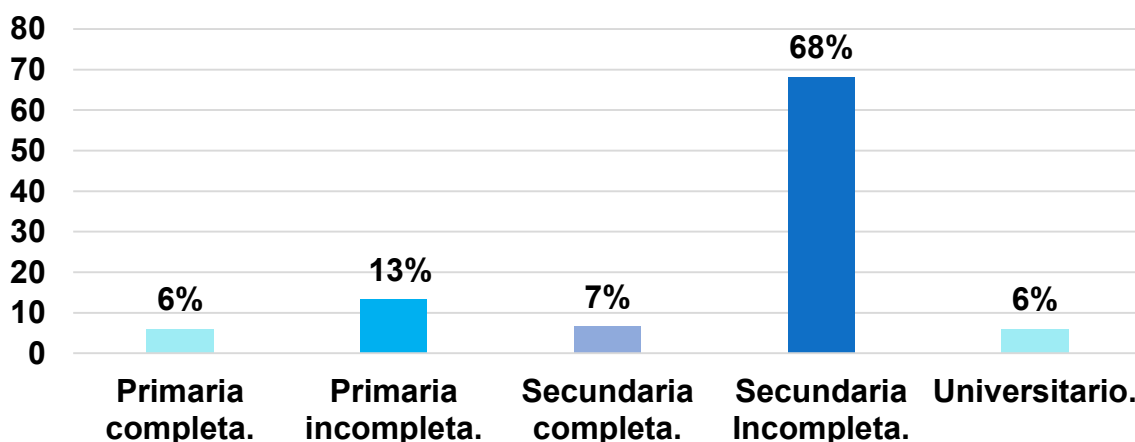
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el Centro de adolescentes.

Con relación a la residencia de las adolescentes embarazadas 144 (95%) residen en Barrios, 3 (2%) adolescentes residen en Colonia, 3 (2%) en Residencial y 1 (1%) reside en un asentamiento. (Ver Anexo 5, Tabla 3)

La mayoría de las adolescentes proceden de los barrios de Managua, posiblemente relacionado con la accesibilidad de los mismos a este centro de atención.

Gráfico 4.

Escolaridad de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



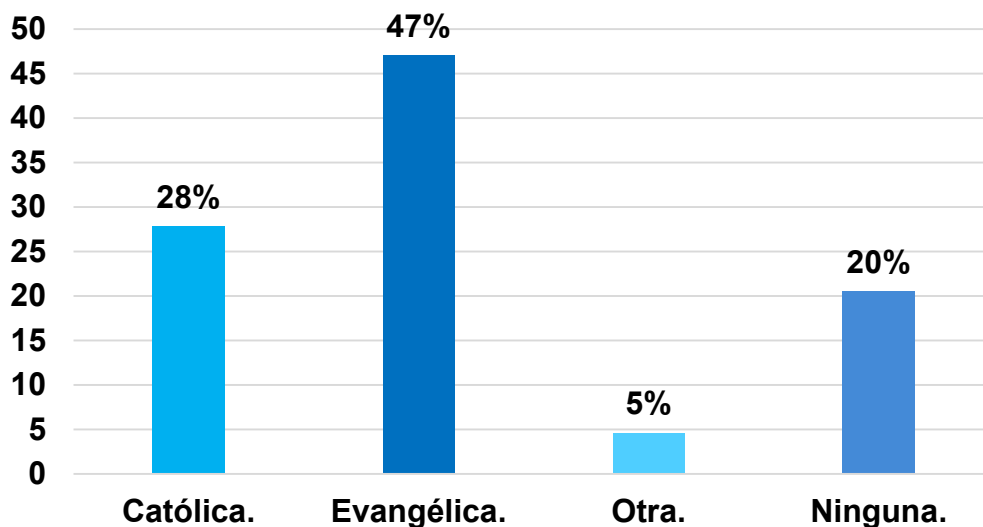
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el Centro de adolescentes.

En relación con la escolaridad 103 adolescentes embarazadas (68%) tienen secundaria incompleta, 20 adolescentes embarazadas (13%) tienen primaria incompleta, 10 (7%) tienen secundaria completa, primaria completa 9 adolescentes embarazadas (6%) y tienen nivel Universitario 9 (6%). (Ver Anexo 5, Tabla 4)

De las 151 adolescentes embarazadas predominan los estudios de secundaria incompletos, lo cual se relaciona con estudio realizado por el MINSA en el año 2016 según muestra la Normativa 139 y Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas en Managua Nicaragua que menciona que las mujeres latinoamericanas son madres adolescentes que tienen entre 1.8 y 2.8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo. El embarazo de adolescentes en América Latina está asociado con una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación.

Gráfico 5.

Religión de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero - marzo 2018.



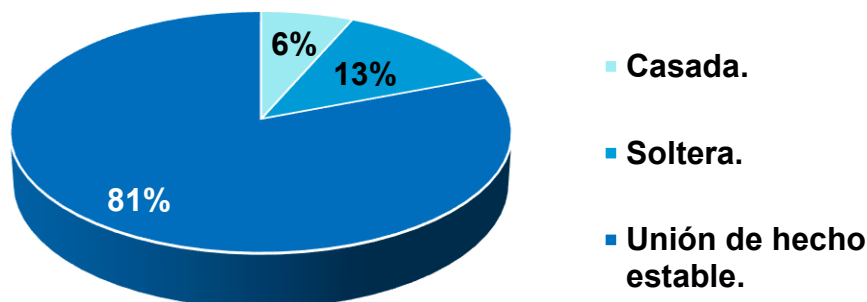
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en el Centro de adolescentes.

Con relación a la religión de las adolescentes refirieron que son: Evangélicas 71 (47%), Católica 42 (28%), Ninguna 31 (20%), Otra 7 (5%). (Ver Anexo 5, Tabla 5)

La mayoría de adolescentes embarazadas son de religión evangélica y resultados similares se encontraron en un estudio Granado D en el año 2013 donde se caracteriza la demanda de atención de embarazadas adolescentes en la emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque durante el mes de abril del 2012, en el cual de 160 adolescentes embarazadas 80 (50%) son de religión evangélica, seguida de la religión católica 70 (43.75%), otra religión 10 (6.26%).

Gráfico 6.

Estado civil de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero - marzo 2018.



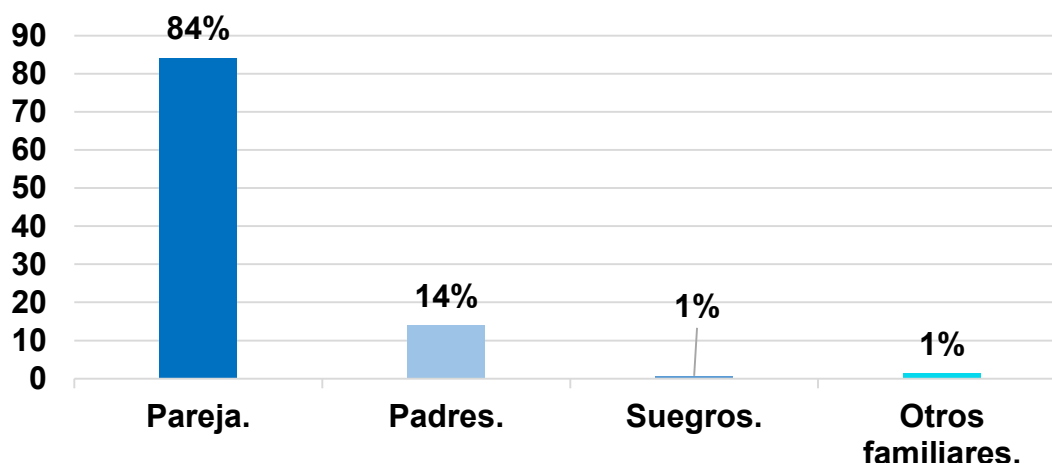
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

En relación al estado civil de las adolescentes un total de 122 (81%) estaban en unión de hecho estable, 19 (13%) eran solteras y 10 (6%) estaban casadas. (Ver Anexo 5, Tabla 6).

La mayoría de adolescentes embarazadas su estado civil es unión de hecho estable, estos datos se asemejan con el estudio realizado por Guandique Lesbia en el año 2013 departamento de Yoro, Honduras de 60 madres donde 39 (65%) adolescentes tienen una relación de pareja de unión libre que tiene protección legal según el artículo 72 de la Constitución nacional lo que significa que las adolescentes embarazadas hacen vida en común con su pareja de forma libre y estable, están decidiendo no casarse.

Gráfico 7.

Con quien vive las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero - marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

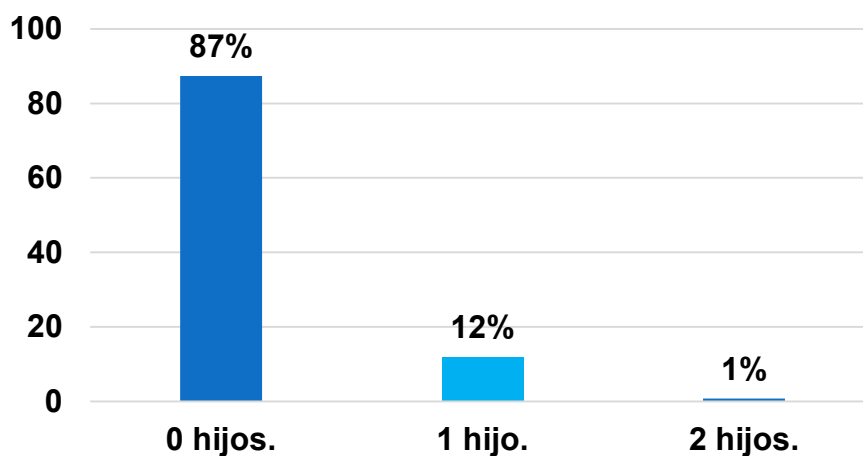
Vive con su pareja 127 (84%), 21 (14 %) viven con sus Padres, 2 (1 %) Otros familiares, 1 (1%) viven con sus suegros. (Ver Anexo 5, Tabla 7)

La mayoría de las adolescentes viven con su pareja, lo que puede traducirse como estabilidad o un factor protector de las adolescentes, estos datos difieren con el estudio realizado por García, L. 2016. Sobre “Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes colegio público Miguel de Cervantes. Managua Septiembre y Octubre, 2015” donde el resultado mostró que de un total de adolescentes participantes en el estudio, el mayor porcentaje vivían solo con su mamá.

Al analizar el entorno familiar como un factor protector o de riesgo se observó que los adolescentes con padres separados tenían mayor probabilidad de iniciar relaciones sexuales a temprana edad y ser activos sexualmente.

Gráfico 8.

Número de hijos que tienen las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



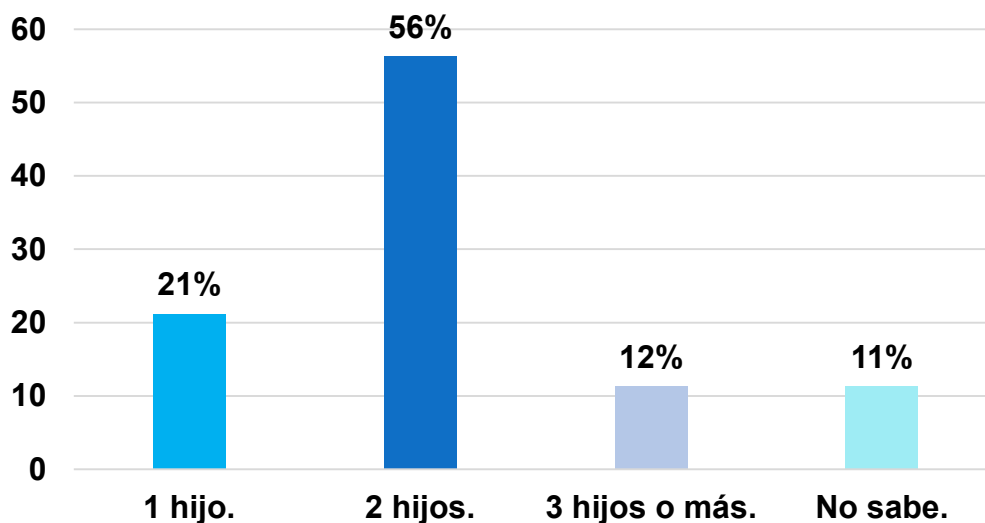
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Referente a el número de hijos que tienen las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de adolescentes, 132 (87%) estaban embarazadas pero aún no han parido, 18 (12%) ya tenían 1 hijo y 1(1%) ya tenía 2 hijos. (Ver Anexo 5,Tabla 8).

Los datos anteriores se diferencian del estudio realizado por Guandique L en el 2013 donde la mayoría de las entrevistadas ya tenía uno y dos hijos. Al parecer las adolescentes en el Yoro Honduras tienen mayor número de hijos y posiblemente periodos intergenésico más cortos.

Gráfico 9.

Número de hijos que desean tener las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



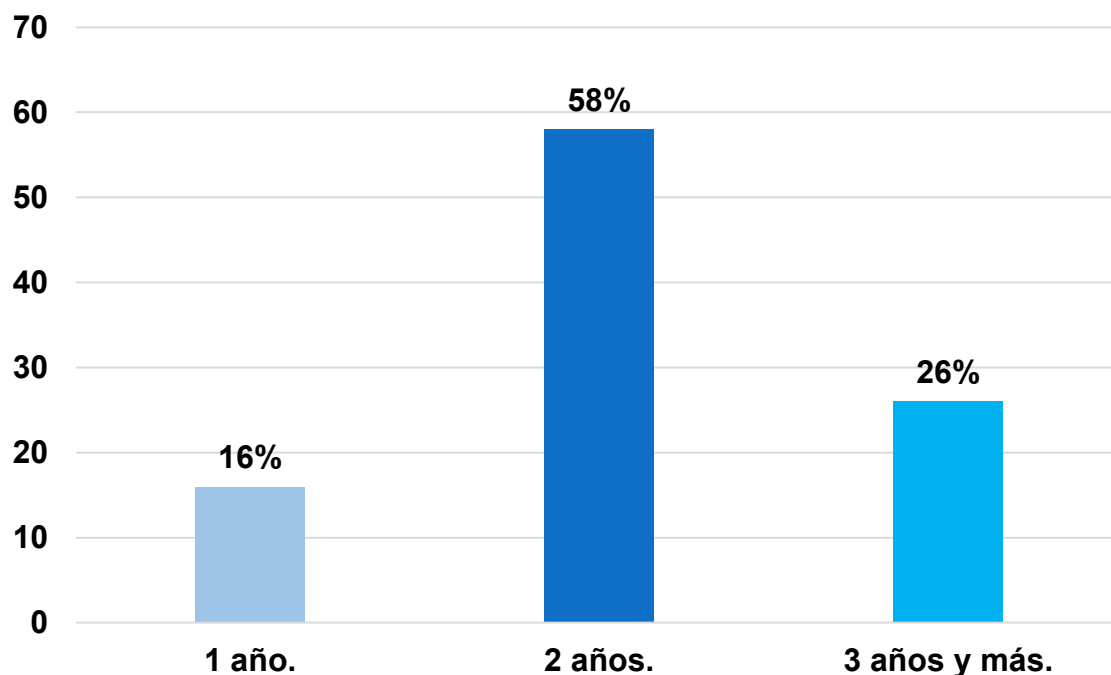
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

La mayoría de las entrevistadas 85 (56%) deseaban tener 2 hijos, 32 (21%) deseaban tener 1 hijo y 17 (12%) deseaban tener 2 a 3 hijos, 17 (11%) dijo que no sabía (Ver Anexo 5, Tabla 9).

El estudio realizado por Guandique Lesbia en el año 2013 a 60 madres adolescentes demostró más inseguridad a cerca de los hijos que quieran tener, encontrándose que la mayoría respondió que no sabía cuántos hijos deseaba tener.

Gráfico 10.

Periodo intergenésico de las adolescentes embarazadas que ya tuvieron hijo (a) que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



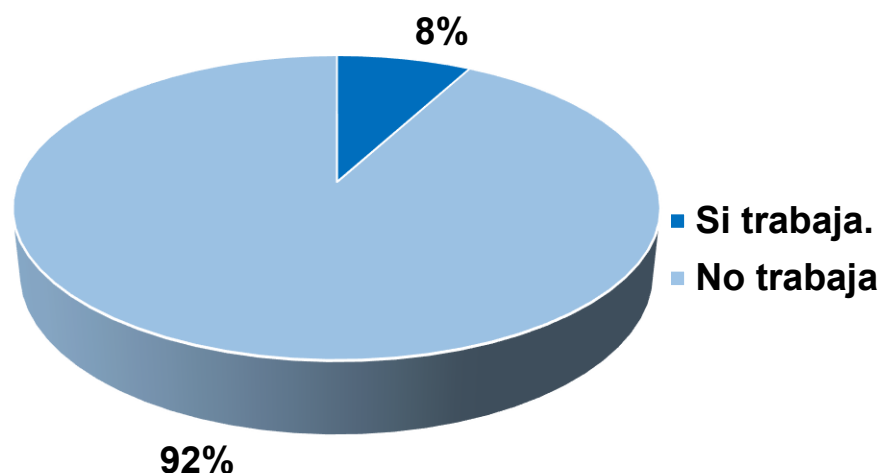
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

En relación al periodo intergenésico de las 151 embarazadas entrevistadas solamente 19 (13%) ya habían parido, de estas embarazadas que ya habían parido se analizan los periodos intergenésico de la siguiente manera: 11 adolescentes (58%) tenían periodo intergenésico de 2 años, 5 adolescentes (26%) tenían un periodo intergenésico de 3 años y más, 3 adolescentes (16%) tenían periodo intergenésico de 1 año. (Ver Anexo 5, Tabla 10).

A diferencia del estudio realizado por Cruz E en el año 2016 de 100 adolescentes con embarazos consecutivos el periodo intergenésico fue mayor de 2 años. Esto significa que hay que desarrollar más trabajo de promoción y prevención de un segundo embarazo en las adolescentes. El poder retardar el segundo embarazo puede ayudar a mejores oportunidades de vida para la madre y el niño.

Gráfico 11.

Condición laboral de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



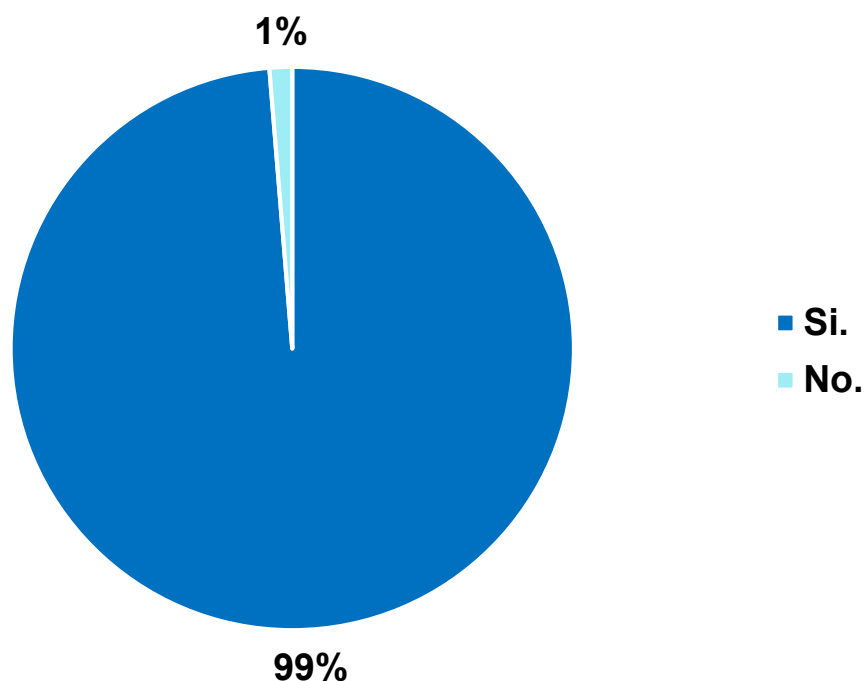
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Del total de embarazadas entrevistadas 139 (92%) no trabajan y 12 (8%) si trabajan (Ver Anexo 5, Tabla 11).

La mayoría de las embarazadas son dependientes ya que no trabajan, estos resultados son similares con otros estudios Altamirano A, Pacheco C, Huelva L, Sáenz M, López A, FUNIDES en el año 2016 en Nicaragua demostró que la condición de trabajo actual en mujeres de 15 a 19 años de edad no se observan diferencias entre el grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas. A nivel nacional, las adolescentes poseen una escasa inserción en el mercado de trabajo, Esta condición de dependientes las hace más vulnerables a la hora de tomar decisiones y en relación a su nivel de independencia.

Gráfico 12.

Dependencia económica de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

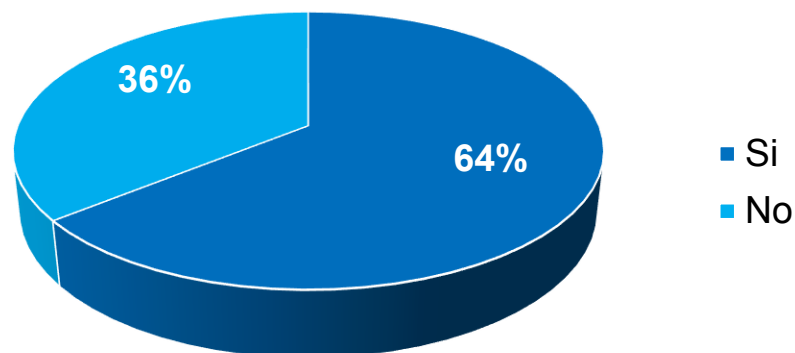
Dependencia económica de las adolescentes entrevistadas 149 (99%) refieren que si tienen dependencia económica y solamente 2 embarazadas (1%) refieren que no tienen dependencia económica. (Ver Anexo 5, Tabla 12).

La mayoría dependen económicamente de otros adultos, datos que son similar a los resultados obtenidos por la investigación Aracena, M. Krause, M. En el año 2005 la adolescente al estar embarazada se convierte en madre, mujer y adulta, a la vez. Sin embargo, como no cuenta con las capacidades ni los recursos necesarios para vivir este proceso de embarazo, sigue siendo una niña – hija dependiente, tanto de su familia como de su pareja.

Objetivo 2. Cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas.

Gráfico 13.

Deserción escolar de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



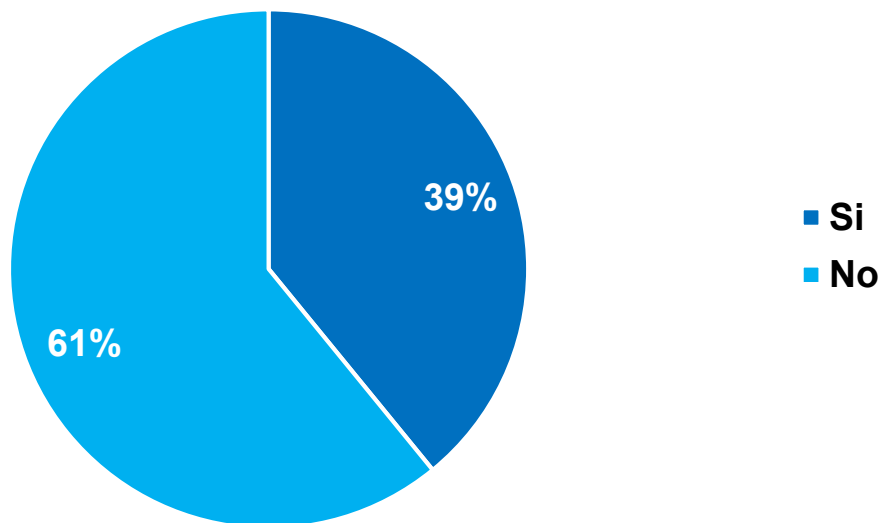
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

El mayor porcentaje de adolescentes dijo que ha desertado 97 (64%) y 54 (36% no desertaron del colegio. (Ver Anexo 5, Tabla 13)

Al igual que otros estudios existe un alto porcentaje de deserción escolar como es el estudio de Aracena M. Krause M. 2005 en el caso de esta investigación la deserción escolar por datos estadísticos, es elevada, ya que las jóvenes no visualizan la educación como un medio de superación que les permita alcanzar logros en el corto plazo. Esta deserción escolar implica muchas dificultades en su futuro ya que difícilmente después de haber dado a luz tendrán oportunidad de reintegrarse al colegio, lo que deja limitada sus oportunidades laborales al tener bajo nivel instruccional.

Gráfico 14.

Cambio de turno escolar de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



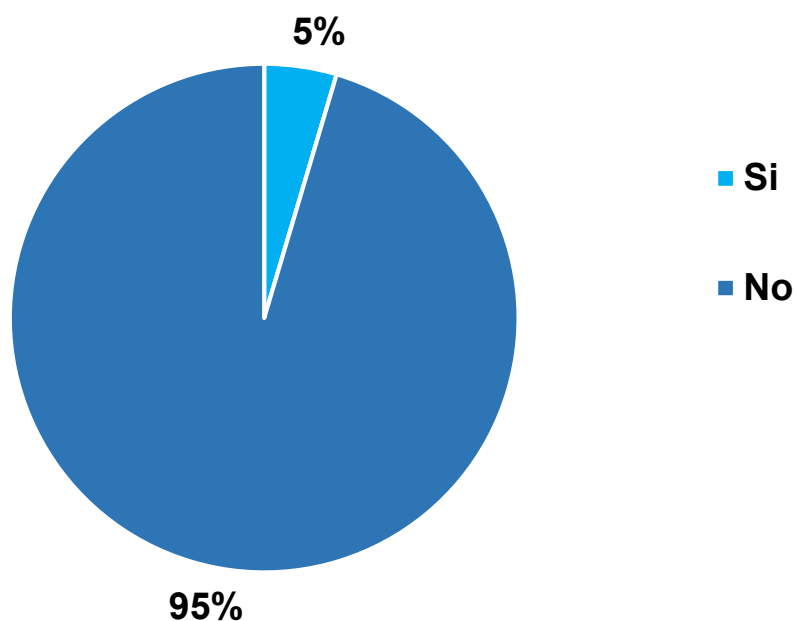
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

No cambiaron de turno 92 (61%), Si cambiaron de turno 59 (39%). (Ver Anexo 5, Tabla 14)

Se observa que la mayoría no cambio de turno escolar y una minoría si cambio de turno, el cambio de turno lo hicieron a sabatino por decisión personal. Posiblemente esto se relaciona con la discriminación de las adolescentes embarazadas en los turnos matutinos y vespertinos como sucede en la mayoría de los centros escolares.

Gráfico 15.

Rechazo en el colegio de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



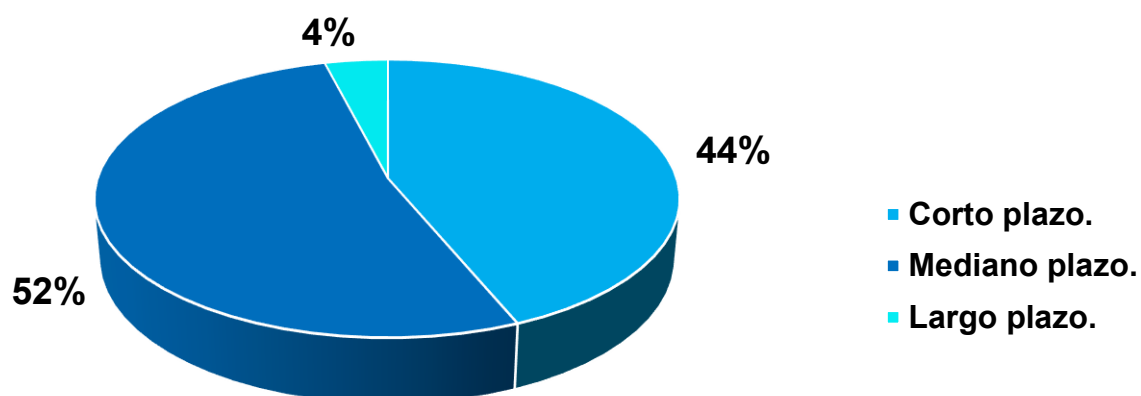
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

No fueron rechazadas en el Colegio 144 (95%), Si fueron rechazadas en el colegio 7 (5%). (Ver Anexo 5, Tabla 15)

La mayoría no fueron rechazadas en el colegio tenían un buen entorno escolar, observándose una minoría que si fue rechazada por compañeros de clase y solo una adolescente embarazada refirió haber sido rechazada por la directora de su colegio y ordenó que no fuera aceptada su matrícula por su embarazo, lo cual generó un trauma psicológico en la adolescente embarazada según refirió al momento de la entrevista.

Gráfico 16.

Continuidad de estudios las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

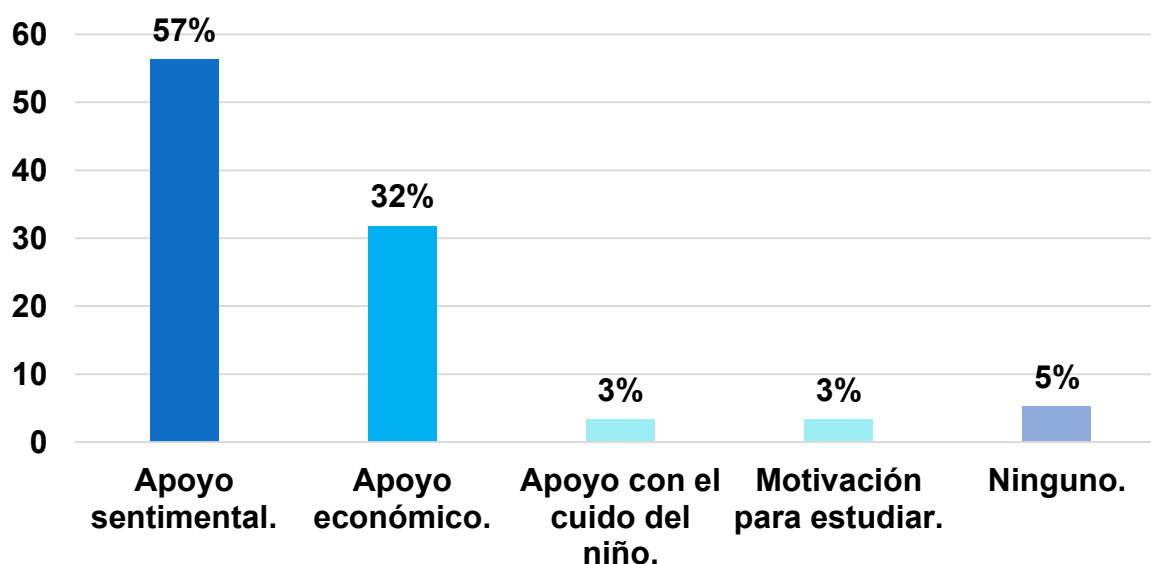
La mayoría dijeron que continuarán sus estudios a Mediano plazo 79 (52%), Corto plazo 66 (44%), Largo plazo 6 (4%). (Ver Anexo 5, Tabla 16).

Lo importante de estos resultados es que existe la motivación de la continuidad de sus estudios una vez finalizado su embarazo.

Objetivo 3. Cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades en las adolescentes embarazadas.

Gráfico 17.

Apoyo de los padres a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



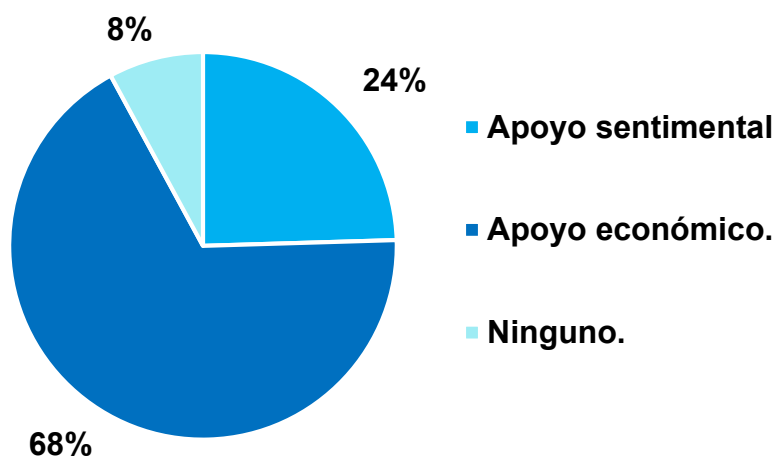
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

El principal apoyo que reciben de los padres es apoyo sentimental 85 (57%), seguido de apoyo económico 48 (32%) y ningún apoyo 8 (5%), Apoyo con el cuidado del niño 5 (3%), Motivación para estudiar 5 (3%). (Ver Anexo5, Tabla 17)

Se reportó que el apoyo de los padres de las 151 adolescentes embarazadas fue en su mayoría sentimental, seguido del apoyo económico y muy bajo apoyo en motivación para estudiar. A diferencia del estudio de Guandique Lesbia en el año 2013 donde el principal apoyo a las adolescentes es el apoyo económico seguido del apoyo emocional y apoyo con el cuidado del niño.

Gráfico 18.

Apoyo de la pareja a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



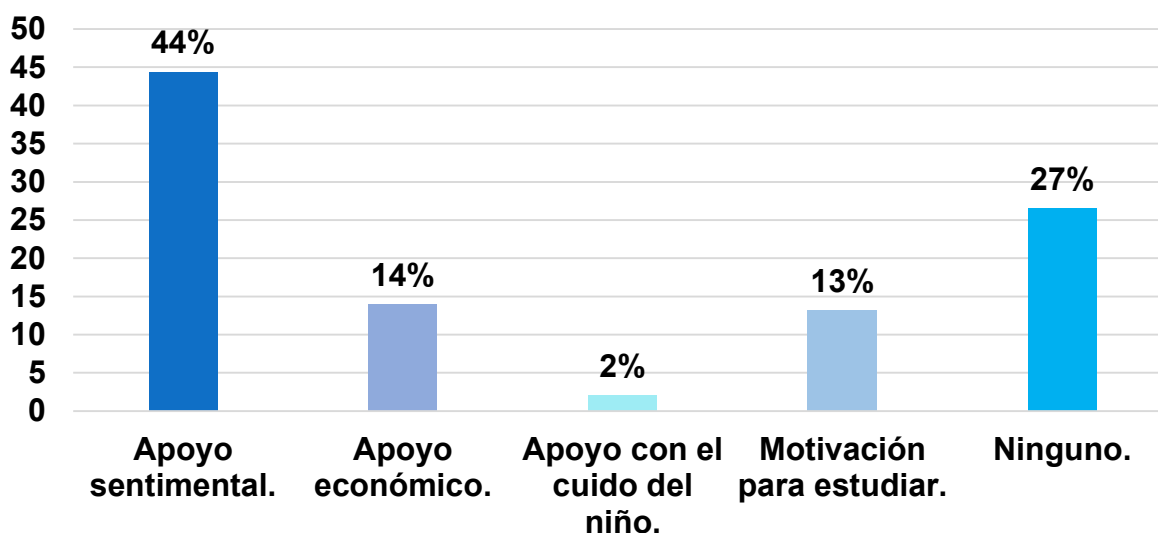
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Con relación al apoyo de la pareja de las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de adolescentes: 102 (68%) Apoyo económico, 37 (24%) reciben apoyo sentimental y 12 (8%) no reciben ningún apoyo. (Ver Anexo 5, Tabla 18)

Del total de las 151 adolescentes embarazadas, según resultados del análisis el apoyo de la pareja en su mayoría fue económico, seguido del apoyo sentimental. A diferencia del estudio realizado por Guandique Lesbia en el año 2013 en su mayoría el apoyo que recibían las adolescentes fue económico 34 (39%), seguido de ningún apoyo 21 (24%). Lo que deja en evidencia las condiciones de vulnerabilidad con que viven un buen número de embarazadas adolescentes.

Gráfico 19.

Apoyo de otros familiares a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



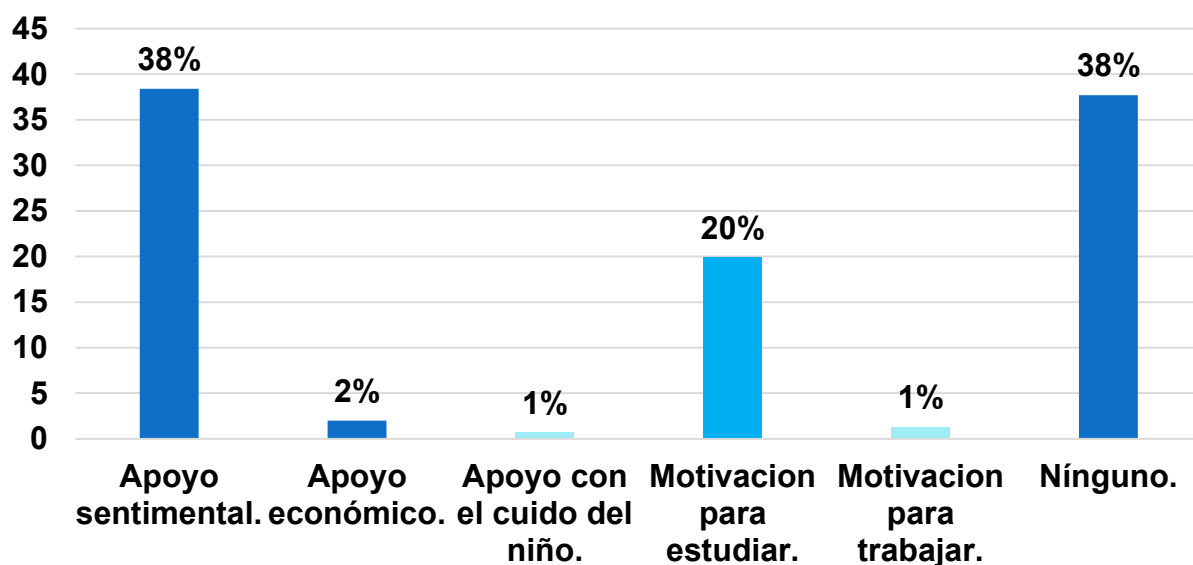
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

El apoyo de otros familiares a las adolescentes embarazadas se distribuye de la siguiente manera: apoyo sentimental 67 (44%), ninguno apoyo 40 (27%), Apoyo económico 21 (14%), Motivación para estudiar 20 (13%), Apoyo con el cuidado del niño 3 (2%). (Ver Anexo 5, Tabla 19)

El resultado en referencia al apoyo de otros familiares de las 151 adolescentes embarazadas 67 predominó el apoyo sentimental seguido del ningún apoyo a diferencia del estudio realizado por Guandique Lesbia en el año 2013 en Yoro Honduras que reportó que las adolescentes embarazadas no tenían ningún apoyo

Gráfico 20.

Apoyo de amigos a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



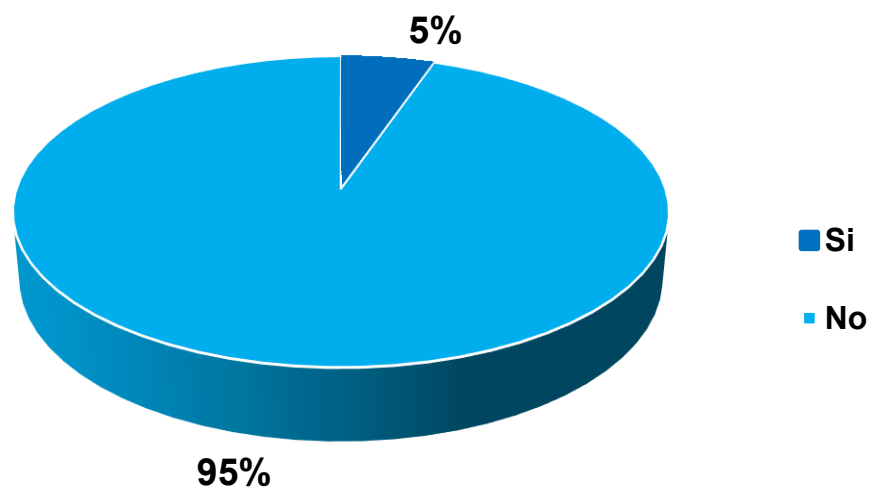
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Apoyo de amigos a las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de adolescentes, Apoyo sentimental 58 (38%), Ninguno 57 (38%) Motivación para estudiar 30 (20%), Apoyo económico 3 (2%), Motivación para trabajar 2 (1%), Apoyo con el cuidado del niño 1 (1%). (Ver Anexo 5, Tabla 20)

La mayoría del total de las adolescentes embarazadas 151 tenía apoyo de amigos sentimental, seguido de ningún apoyo y luego en menor porcentaje motivación para trabajar, lo que significa que ese apoyo sentimental por parte de sus amigos es muy importante les fortalece durante el desarrollo del embarazo, les da ánimo lo cual les favorece, creándoles un ambiente agradable desde el punto de vista psicológico.

Gráfico 21.

Rechazo por parte de la familia a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



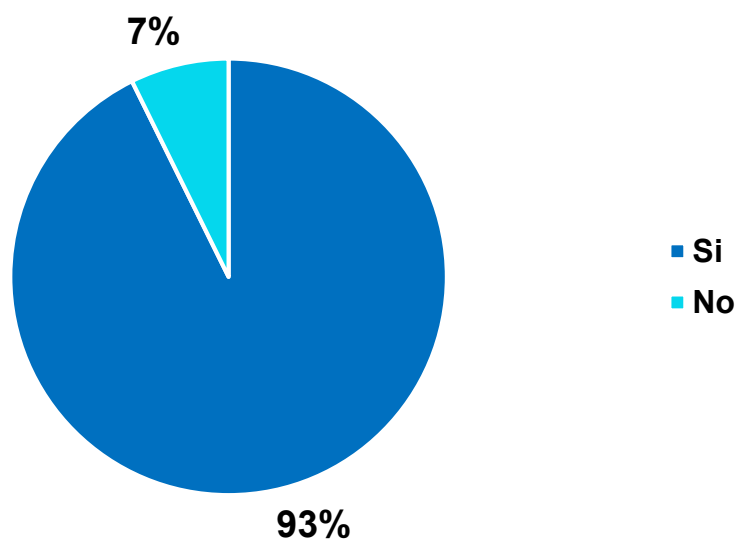
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Del total de entrevistadas 143(95%) dijo que o hubo rechazo por parte de la familia, y 8 (5%) dijo que si hubo rechazo por parte de la familia. (Ver Anexo 5, Tabla 21)

Las adolescentes entrevistadas dicen en su mayoría que no hay rechazo por parte de la familia a las adolescentes embarazadas lo cual es muy significativo y de gran apoyo como factor protector de para continuar con su desarrollo personal.

Gráfico 22.

Comunicación con la familia de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

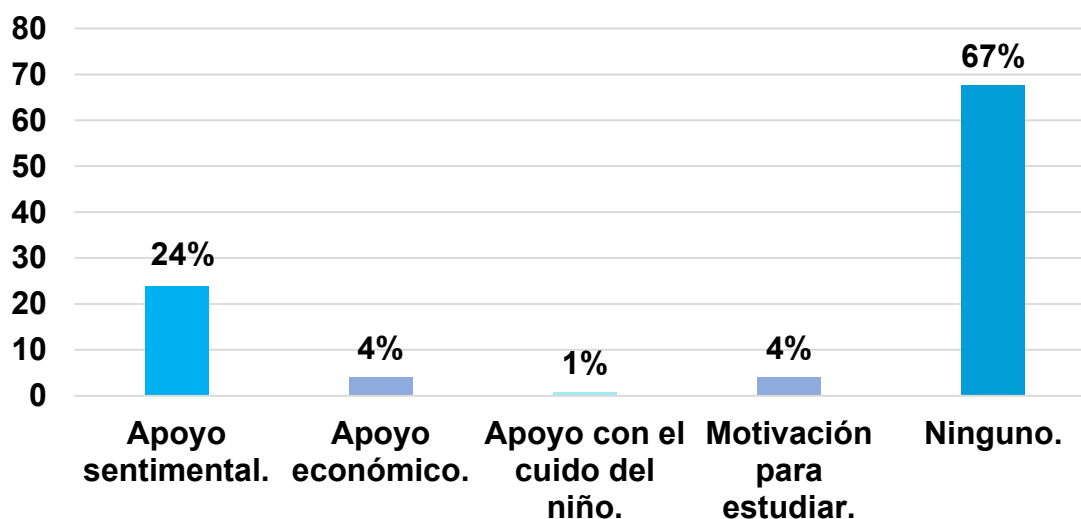
Tenían comunicaci3n familiar 140 (93%), No tenían comunicaci3n familiar 11(7%).
(Ver Anexo 5, Tabla 22)

La mayoría de las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de adolescentes, si tenían comunicaci3n familiar lo cual es un factor de gran apoyo para el buen desarrollo del embarazo seguido de un mínimo porcentaje que no tenía comunicaci3n familiar.

Objetivo 4: Cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas.

Gráfico 23.

Apoyo de otras personas a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.



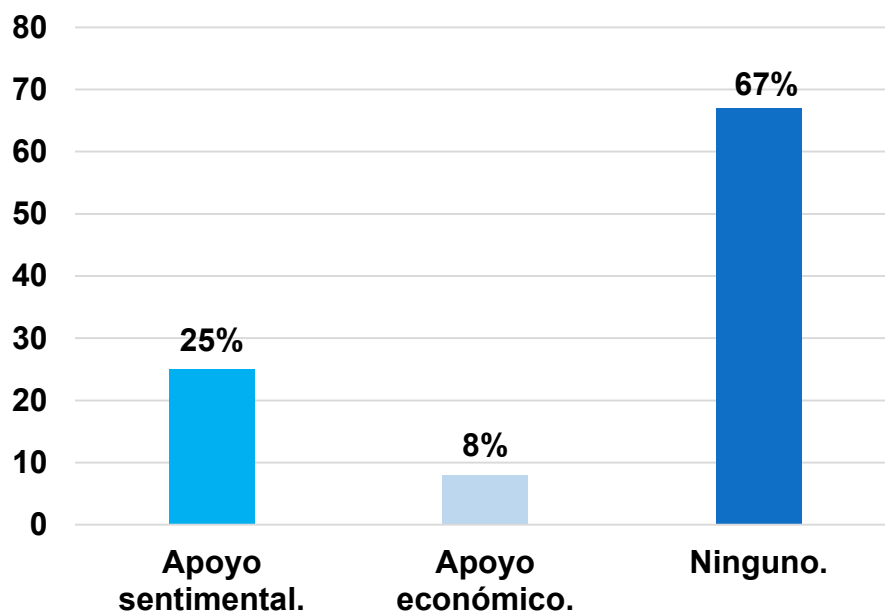
Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Con relación a si tienen apoyo de otras personas 102 adolescentes embarazadas (67%) reportan ningún apoyo, 36 (24%) dijo que tenía apoyo sentimental, 6 (4%) que tenía Apoyo económico 6 (4 %) que tenía motivación para estudiar, 1 (1%) Apoyo con el cuidado del niño.(Ver Anexo 5, Tabla 23)

La mayoría dijo no tener ningún apoyo de otras personas, estudios realizados por el MINSA en el año 2016 demostró la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento.

Gráfico 24.

Apoyo de compañeros de trabajo a las adolescentes embarazadas que trabajan que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

En relación al apoyo de compañeros de trabajo se reportó que de las 151 embarazadas entrevistadas 12 (8%) trabajaban, de estas embarazadas que trabajaban se analiza que el apoyo de compañeros de trabajo fue la siguiente forma: 8 adolescentes (67%) no recibieron ningún apoyo, 3 adolescentes (25%) tuvieron apoyo sentimental y 1 adolescente (8%) tuvo apoyo económico. (Ver Anexo 5, Tabla 24)

La mayoría de las adolescentes embarazadas que trabajaban no tuvieron ningún apoyo de compañeros de trabajo lo que se interpreta que en el campo laboral de las adolescentes embarazadas no se ha creado conciencia ni sentido de colaboración y apoyo a las adolescentes embarazadas por parte de sus compañeros de trabajo.

Tabla 25.

Apoyo de organizaciones en la comunidad a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de organizaciones en la comunidad.	Frecuencia	Porcentaje.
Ninguno.	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Del total de las 151 adolescentes embarazadas que acudieron al centro de adolescentes 151 (100%). No tuvieron ningún apoyo de organizaciones en la comunidad.

Similar al estudio realizado por Guandique,L.2013 no tuvieron ningún apoyo de ninguna organización 60 (100%). Lo qué significa ausencia de programas por parte de las organizaciones y comunidades para apoyar y colaborar con las adolescentes embarazadas.

IX. CONCLUSIONES

1. De las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas, el grupo de edad que predominó fue el de 16 a 19 años, de procedencia urbana, de religión evangélica, estado civil en unión de hecho estable, viven con su pareja, son primigestas, el periodo intergenésico que prevalece es de 2 años, no trabajan en su mayoría y mencionan tener dependencia económica.
2. Los cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas gran parte menciona que hay deserción escolar debido al embarazo y durante son alumnas activas, no cambian de turno escolar, también mencionan no ser rechazadas en el colegio y que continuaran sus estudios a mediano plazo.
3. Al reconocer los cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades en las adolescentes embarazadas, el apoyo de sus padres es sentimental, seguido de apoyo económico, el apoyo de la pareja es económico. El apoyo de otros familiares es en su mayoría sentimental, el apoyo por parte de amigos es sentimental, no hay rechazo por parte de la familia, predomina la comunicación con la familia.
4. Al valorar los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas, las adolescentes embarazadas que trabajan en su mayoría no tienen ningún apoyo de compañeros de trabajo, no tienen ningún apoyo de ninguna organización.

X. RECOMENDACIONES.

1. A las instituciones de salud:

- Fomentar la integralidad de Centros de adolescentes con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y que en todos los centros se ofrezca atención integral, esto implica responsabilidad territorial y poblacional por parte de los diferentes actores claves del sector social.

2. A los centros educativos:

- Existencia de programas integrales de educación sexual diseñados para cada edad con adecuada implementación, continuidad y evaluación promoviendo así una educación responsable que pueda garantizar la formación de ciudadanos responsables, evitar principalmente la deserción escolar.

3. A la familia:

- Involucrar a la familia en general, pareja, amigos, sea abordado sobre todo el crecimiento educativo en el campo de la salud sexual. Realizar programas de intervención en sexualidad centrados en la familia, fomentar más la comunicación afectiva en la familia.

4. A las Organizaciones:

- Intersectorialidad. - Salud en todas las políticas. - Responsabilidad social compartida. Acercar a todas las organizaciones que contribuyen a mejorar la subsistencia de las poblaciones de la zona que valoren oportunidades para apoyar y fortalecer las condiciones que requieren las adolescentes embarazadas.

5. A los medios de comunicación:

- Transmitir información educativa adecuada en el campo de la salud sexual reproductiva. - Promoción en salud.- Mercadeo de salud sexual y reproductiva y medios de planificación.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Altamirano, A. Pacheco, C. Huelva, L. Sáenz, M López, A. FUNIDES.(2016). : Embarazo adolescente en Nicaragua. Recuperado de:<http://funides.com/publicaciones/informe-y-estudios/200-causas-y-consecuencias-economicas-y-sociales-del-e/>

Aracena,M.Krause,M.Lesmes,C.Orozco,A.Ramirez,P.Reyes,L.Salvatierra,L.Yovane,C.(2005). *Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para salud.Revista de Psicología,vol XIV,num. 1,2005.Universidad de Chile, Santiago de Chile.* Recuperado de:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414111>

Cruz, E. (2016). *Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la sala de maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense Junio a Noviembre 2015.*(Tesis de maestria,CIES UNAN Managua).Recuperado de:
<http://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>

García, L. (2016). *Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes colegio público Miguel de Cervantes. Managua Septiembre y Octubre, 2015.* .(Tesis de maestria,CIES.UNAN.Managua.).Recuperado de:<http://repositorio.unan.edu.ni/1457/1/76178.pdf>

Granados, D. (2013). *Caracterización de atención de embarazadas adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque durante el mes de abril del 2013.* (Tesis de maestría, CIES UNAN Managua). Recuperado de:

<http://cies.edu.ni/cedoc/digitaliza/t714/t714.htm>

Guandique, L.(2013). *Expectativas de la madre adolescente que fue atendida en la unidad de salud de la Nueva Esperanza para enfrentar un nuevo embarazo desde 2013 al 2014. Departamento de Yoro, Honduras .* (Tesis de maestria,CIES.UNAN.Managua.).Recuperado

de:<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t799/t799.htm>

MINSA. (2016). *Normativa 139.Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas.* Managua., Nicaragua. Recuperado de:www.unan.edu.ni/wp-content/uploads/2017/01/NORMA-139-2016.doc

Naciones unidas.(2003).*La fecundidad en América Latina y el caribe ¿Transición o revolución? Santiago de chile, 9 al 11 de junio de 2003.* Recuperado de:<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6729>

OMS. (2011). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en países en desarrollo: las evidencias Argentina.* Recuperado de:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/

OMS.(2014).*Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

OPS/OMS.(2015). *Embarazo en adolescentes.Nicaragua*.Recuperado

de:https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=document&slug=boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&layout=default&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&category_slug=datos-y-estadisticas&Itemid=235

OPS/OMS.(2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Recuperado

de:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163&Itemid=1926&lang=es

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Objetivo 1. Características sociodemográficas que tienen las adolescentes embarazadas.

Variable.	Indicadores.	Definición operacional	Valores.	Escala de medición.
Edad.	% por grupo de edad.	Años cumplidos.	1. 10-12 años. 2. 13-15 años. 3. 16-19 años.	Continua.
Procedencia.	% de adolescentes embarazadas.	Lugar de donde procede la persona.	1. Urbano. 2. Rural.	Ordinal.
Residencia.	% por residencia.	Lugar donde vive una persona.	1. Colonia. 2. Barrio. 3. Residencial. 4. Asentamiento.	Ordinal.
Escolaridad.	% de adolescentes embarazadas por grado.	Último grado aprobado.	1. Iltrado. 2. Primaria completa. 3. Primaria Incompleta. 4. Secundaria. Completa. 5. Secundaria incompleta. 6. Universitaria.	Nominal.

Religión.	% de Religión.	Credo religioso al que obedece unión de dos personas.	1. Católica. 2. Evangélica. 3. Otro.	Nominal.
Estado civil.	% de estado actual.	Situación legal determinado por las leyes.	1. Casada. 2. Soltera. 3. Unión de hecho estable. 4. Viuda.	Nominal.
Con quien vive.	% de las adolescent es embarazad as de acuerdo con las personas que vive.	Personas con las que vive la adolescente embarazada.	1. Con su pareja. 2. Padres. 3. Suegros. 4. Otros familiares. 5. Amigos.	Nominal.
Número de hijos.	% de adolescent es embarazad as.	Número de hijos que tiene la adolescente embarazada.	1. 0. 2. Uno. 3. Dos. 4. Tres.	Continua.
Número de hijos desea tener.	% de adolescent es embarazad as.	Número de hijos que desea tener la adolescente embarazada.	1. Uno. 2. Dos. 3. Tres o más. 4. No sabe.	Continua.

Periodo Inter-genésico.	% de adolescentes embarazadas.	Intervalo de tiempo entre un embarazo y otro.	1. Un año. 2. Dos años. 3. Tres años y más.	Continua.
Condición laboral.	% de adolescentes embarazadas de acuerdo a su estado laboral.	Estado laboral.(Trabaja).	1. Si Trabaja. 2. No Trabaja.	Nominal.
Dependencia económica.	% de adolescentes de acuerdo a su dependencia económica.	Dependencia económica.	1. Si. 2. No.	Nominal.

Objetivo 2. Cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas.

Variable.	Indicadores.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Deserción escolar.	% de adolescentes embarazadas que abandonan completamente sus estudios	Adolescentes embarazadas que ya no estudiarán.	1. Si. 2. No.	Nominal.
Cambio de turno escolar.	% de adolescentes embarazadas que cambia de turno escolar.	Adolescentes embarazadas que cambian de turno.	1. Si. 2. No.	Nominal.
Rechazo en el colegio.	% de adolescentes embarazadas que son rechazadas en el colegio.	Adolescentes embarazadas rechazadas en el colegio.	1. Si. 2. No.	Nominal.
Continuidad de sus estudios.	% de adolescentes embarazadas que continuarán sus estudios.(Después del embarazo).	Adolescentes embarazadas que continuarán estudiando.(Después del embarazo).	1. Corto. plazo. 2. Mediano plazo. 3. Largo. plazo.	Nominal.

Objetivo 3. Cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades en las adolescentes embarazadas.

Variable.	Indicadores.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Apoyo de los padres.	% de adolescentes embarazadas que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.
Apoyo de la pareja.	% de adolescentes embarazadas que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.
Apoyo de otros familiares.	% de adolescentes que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar.	Nominal.

			5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	
Apoyo de amigos.	% de adolescentes embarazadas que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.
Rechazo por parte de la familia.	% de adolescentes embarazadas que son rechazadas por su familia.	Adolescentes embarazadas que son rechazadas por su familia.	1. Si. 2. No.	Nominal.
Comunicación familiar.	% de adolescentes que tienen comunicación familiar.	Adolescentes que tienen comunicación familiar.	1. Si. 2. No.	Nominal.

Objetivo 4. Cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas.

Variable.	Indicadores.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Apoyo de otras personas.	% de adolescentes embarazadas que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.
Apoyo de compañeros de trabajo.	% de adolescentes embarazadas que trabaja y se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.
Apoyo de organizaciones en la comunidad.	% de adolescentes embarazadas que se les da ese tipo de apoyo.	Tipo de apoyo que se le da a la adolescente embarazada.	Se le brinda apoyo: 1. Sentimental. 2. Económico. 3. Cuido del niño. 4. Motivación para estudiar. 5. Motivación para trabajar. 6. Ninguno.	Nominal.

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA CIES-UNAN Managua.



Tema de Investigación

Percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua-Nicaragua. Febrero – marzo 2018.

Nº de encuesta: _____ Fecha: _____

A- Características sociodemográficas de las entrevistadas adolescentes embarazadas.

1. Edad :

a) 10 -12 años _____ b) 13 -15 años _____ c) 16 – 19 años -----

2 .Procedencia:

En qué lugar nació?

a) área urbana _____ b) área rural _____

3.Residencia:

Lugar dónde vive?

a) Colonia.----- b) Barrio.-----C) Residencial -----d) Asentamiento-----

4. Escolaridad:

Último grado alcanzado?

a) Iltrado-----b) Primaria completa _____ b) Primaria incompleta.-----

c) Secundaria Completa _____ d) Secundaria Incompleta _____

d) Universitario-----

5. Religión:

Credo religioso. a) Católica.-----b) Evangélica.----- c) Otra.-----d) Ninguna--

6. Estado civil:

a) Casada-----b) Soltera-----c) Unión de hecho estable .-----d) Viuda-----

7. Con quién vive?

a) Con su pareja.-----b) Padres.-----c) Suegros.-----d) Otros familiares.-----

e) Amigos.-----.

8) Cuántos hijos tiene?

a) 0 hijos -----

b) 1 hijo -----

c) 2 hijos -----

d) 3 hijos -----

9. Cuántos hijos desea tener?

a) 1 hijo -----

b) 2 hijos-----

c) 3 hijos o más-----

d) No sabe -----

10. Periodo intergenésico entre un hijo y otro según madre adolescente

a) Un año -----

b) Dos años -----

c) Tres años y más -----

11. Condición laboral?

a) Si Trabaja-----

b) No Trabaja-----

12. Dependencia económica?

a) Si -----

b) No -----

B- Cuáles son los cambios percibidos en el ambiente escolar por las adolescentes embarazadas?.

1. Deserción escolar?

a) Si ----- b) No -----

2. Cambio de turno escolar?

a) Si -----b) No -----

4. Rechazo en el colegio?

a) Si ----- b) No -----

3. Continuará sus estudios?

a) Corto plazo ----- b) Mediano plazo ----- c) Largo plazo -----

C – Cuáles son los cambios percibidos en el hogar, en su entorno familiar y amistades en las adolescentes embarazadas?

1. Apoyo de los padres?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con el
cuido del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e) motivación
para trabajar _____ f) Ninguno _____.

2. Apoyo de la pareja?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con
el cuida del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e)
motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

3. Apoyo de otros familiares?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con
el cuida del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e)
motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

4. Apoyo de amigos?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con
el cuida del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e)
motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

5. Rechazo por parte de la familia?

a) Si ----- b) No -----

6. Comunicación familiar?

a) Si ----- b) No -----

D. – Cuáles son los cambios percibidos en el ambiente social y comunitario por las adolescentes embarazadas?

1, Apoyo de otras personas?.

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con el cuidado del niño _____ d) _motivación para estudiar _____ e) motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

2. Apoyo de compañeros de trabajo?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con el cuidado del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e) motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

3. Apoyo de organizaciones en la comunidad?

a) Apoyo sentimental _____ b) apoyo económico _____ c) apoyo con el cuidado del niño _____ d) motivación para estudiar _____ e) motivación para trabajar _____ f) Ninguno _____.

ANEXO 3. DOCUMENTOS: AUTORIZACIÓN BIOÉTICA.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



Managua, 20 de febrero de 2017

Doctora
Herminia Ibarra
Sub Directora Docente
Hospital Bertha Calderón Roque

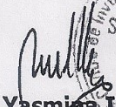
Su oficina:

Estimada Doctora:

Reciba sinceros saludos. Me dirijo a usted para presentarle a la Maestranda: **Johanna Dolores Marengo Vallejos**, de la Maestría en Administración en Salud del CIES – UNAN Managua. Ella se encuentra ejecutando su protocolo para su Tesis de grado: **EFFECTO EN LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES QUE SE EMBARAZAN PRECOZMENTE** han decidido realizarlo en su institución. Por esta razón, recurrimos a ustedes para solicitarle apoyo técnico para el acceso a la información necesaria para el buen desarrollo de los objetivos de su Tesis. El tipo de apoyo solicitado, le será explicado por la maestranda en cuestión.

Cualquier ampliación en información asociada a este trabajo, puede contactarnos a los teléfonos (505) 22784381, 22783700, 22783688, (505) 88620898, ó al correo electrónico mibarra@cies.edu.ni, con Dra. Marcia Ibarra Herrera, Docente Investigador, CIES-UNAN.

Agradeciendo de antemano su valioso apoyo, aprovechamos la oportunidad para saludarle,


MSc. Marcia Yasmín Ibarra Herrera
Sub Directora
CIES – UNAN Managua



Cc: Archivo

Recibido
22/feb/17 - 9:36 am



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



Managua, 23 de febrero de 2017

Doctora
Gilma Area Linares
Directora de Docencia e Investigación
SILAIS - Managua

Su oficina:

Estimada Doctora:

Reciba sinceros saludos. Me dirijo a usted para presentarle a la Maestranda: **Johanna Dolores Marengo Vallejos**, de la Maestría en Administración en Salud del CIES - UNAN Managua. Ella se encuentra ejecutando su protocolo para su Tesis de grado: " **EFFECTO EN LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES QUE SE EMBARAZAN PRECOZMENTE**" han decidido realizarlo en su institución. Por esta razón, recurrimos a ustedes para solicitarle apoyo técnico para el acceso a la información necesaria para el buen desarrollo de los objetivos de su Tesis. El tipo de apoyo solicitado, le será explicado por la maestranda en cuestión.

Cualquier ampliación en información asociada a este trabajo, puede contactarnos a los teléfonos (505) 22784381, 22783700, 22783688, (505) 88620898, ó al correo electrónico mibarra@cies.edu.ni, con Dra. Marcia Ibarra Herrera, Docente Investigador, CIES-UNAN.

Agradeciendo de antemano su valioso apoyo, aprovechamos la oportunidad para saludarle,

*Recibido
Dofeg Espinoza
21/03/17
Dra. Marcia SILAIS*

MSc. Marcia Yasmín Ibarra Herrera
Sub Directora
CIES - UNAN

Cc: Archivo



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2017

**TIEMPOS DE Por Gracia
VICTORIAS! de Dios!**

Managua, 01 de Marzo 2017
DDI-GAL-03--17

Dra. Herminia Ibarra
Subdirectora Docente (ai)
Hospital Berta Calderón Roque
SILAIS Managua
Su Oficina.

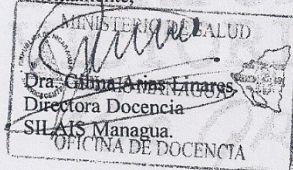
Estimada Dra. Ibarra:

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha autorizado la realización de estudios que realizara Dra. Johana Dolores Marengo Vallejos con el Tema "Efectos en la vida de las adolescentes que se embarazan precozmente en el hospital Berta Calderón Roque". La Dra. Aplicara instrumento tipo encuestas a las adolescentes previo consentimiento informado.

Solicitamos la cooperación para Dra. y el acceso a la aplicación de su encuesta. Ella le planteara los días y horarios en que la aplicaría.

Sin más a hacer referencia me despido.

Atentamente,



C/c: Interesados
Archivo

**FE,
FAMILIA
Y COMUNIDAD!**

**CRISTIANA, SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**

MINISTERIO DE SALUD

Colonia Xolotlán, de la iglesia católica 1/2 C al lago
Managua, Nicaragua. PBX (505) 22515740
Email: silaismanagua@minsa.gob.ni

6/13/17
Ksdae 10:40am

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES-UNAN Managua



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Tema de Investigación:

Percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua-Nicaragua. Febrero – marzo 2018.

Mi nombre es Johanna Dolores Marengo Vallejos soy maestrando de la Maestría administración en salud 2016-2018 de la Universidad Nacional autónoma de Nicaragua del Centro de investigación y estudios de la salud.

Actualmente estoy realizando un estudio para:

Determinar la percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua-Nicaragua. Febrero – marzo 2018.

Para ello solicito su participación voluntaria en la encuesta.

Yo: _____

Adolescente embarazada, estoy dispuesta a participar en la investigación de:

Percepción de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque sobre los cambios sociales relacionados con el embarazo. Managua-Nicaragua. Febrero – marzo 2018. Al explicarme los objetivos de la investigación y solicitado mi cooperación.

Fecha: _____ de _____ del ____.

ANEXO 5. TABLAS

Tabla No 1.

Edad de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Grupo de edad.	Frecuencia	Porcentaje
10 -12 años.	2	1.3
13 - 15 años.	48	31.8
16 - 19 años.	101	66.9
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla No 2.

Procedencia de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Procedencia.	Frecuencia	Porcentaje
Área urbana.	140	92.7
Área rural.	11	7.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla No 3.

Residencia de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Residencia.	Frecuencia.	Porcentaje
Colonia	3	2.0
Barrio	144	95.4
Residencial	3	2.0
Asentamiento	1	.7
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 4.

Escolaridad de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.

Escolaridad.	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa.	9	6.0
Primaria incompleta.	20	13.2
Secundaria completa.	10	6.6
Secundaria Incompleta.	103	68.2
Universitario.	9	6.0
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 5.

Religión de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Religión.	Frecuencia.	Porcentaje.
Católica.	42	27.8
Evangélica.	71	47.0
Otra.	7	4.6
Ninguna.	31	20.5
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 6.

Estado civil de adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.

Estado civil.	Frecuencia.	Porcentaje.
Casada.	10	6.6
Soltera.	19	12.6
Unión de hecho estable.	122	80.8
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 7.

Con quien vive, adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Con quien vive.	Frecuencia.	Porcentaje.
Pareja.	127	84.1
Padres.	21	13.9
Suegros.	1	.7
Otros familiares.	2	1.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 8.

Número de hijos que tienen las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.

Número de hijos que tiene.	Frecuencia.	Porcentaje.
0 hijos.	132	87.4
1 hijo.	18	11.9
2 hijos.	1	.7
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 9.

Número de hijos que desean tener las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero, marzo 2018.

Número de hijos desea tener.	Frecuencia.	Porcentaje.
1 hijo.	32	21.2
2 hijos.	85	56.3
3 hijos o más.	17	11.3
No sabe.	17	11.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 10.

Periodo intergenésico de las adolescentes que ya tuvieron hijo (a) que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero- marzo 2018.

Periodo intergenésico.	Frecuencia	Porcentaje.
1 año.	3	15.7
2 años.	11	57.8
3 años y más.	5	26.3
Total	19	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 11.

Condición Laboral de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Condición Laboral.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si trabaja	12	7.9
No trabaja.	139	92.1
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 12.

Dependencia económica de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Dependencia económica	Frecuencia.	Porcentaje.
Si.	149	98.7
No.	2	1.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 13.

Deserción escolar de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Deserción escolar.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	97	64.2
No	54	35.8
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 14.

Cambio de turno escolar de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Cambio de turno escolar.	Frecuencia	Porcentaje.
Si	59	39.1
No	92	60.9
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 15.

Rechazo en el colegio de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Rechazo en el colegio.	Frecuencia	Porcentaje.
Si	7	4.6
No	144	95.4
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 16.

Continuidad de sus estudios de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Continuidad de sus estudios.	Frecuencia	Porcentaje.
Corto plazo.	66	43.7
Mediano plazo.	79	52.3
Largo plazo.	6	4.0
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 17.

Apoyo de los padres a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de los padres.	Frecuencia	Porcentaje.
Apoyo sentimental.	85	56.3
Apoyo económico.	48	31.8
Apoyo con el cuidado del niño.	5	3.3
Motivación para estudiar.	5	3.3
Ninguno.	8	5.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 18.

Apoyo de la pareja a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de la pareja.	Frecuencia	Porcentaje.
Apoyo sentimental	37	24.5
Apoyo económico.	102	67.5
Ninguno.	12	7.9
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 19.

Apoyo de otros familiares a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de otros familiares.	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo sentimental.	67	44.4
Apoyo económico.	21	13.9
Apoyo con el cuidado del niño.	3	2.0
Motivación para estudiar.	20	13.2
Ninguno.	40	26.5
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 20.

Apoyo de amigos a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de amigos.	Frecuencia	Porcentaje.
Apoyo sentimental.	58	38.4
Apoyo económico.	3	2.0
Apoyo con el cuidado del niño.	1	.7
Motivación para estudiar.	30	19.9
Motivación para trabajar,	2	1.3
Ninguno.	57	37.7
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 21.

Rechazo por parte de la familia a las adolescentes embarazadas que asistieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Rechazo por parte de la familia.	Frecuencia	Porcentaje.
Si	8	5.3
No	143	94.7
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 22.

Comunicación familiar a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Comunicación con la familia.	Frecuencia	Porcentaje.
Si	140	92.7
No	11	7.3
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 23.

Apoyo de otras personas a las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de otras personas.	Frecuencia	Porcentaje.
Apoyo sentimental.	36	23.8
Apoyo económico.	6	4.0
Apoyo con el cuidado del niño.	1	.7
Motivación para estudiar.	6	4.0
Ninguno.	102	67.5
Total	151	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

Tabla 24.

Apoyo de compañeros de trabajo a las adolescentes embarazadas que trabajan que acudieron al Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Febrero-marzo 2018.

Apoyo de compañeros de trabajo.	Frecuencia	Porcentaje.
Apoyo sentimental.	3	25
Apoyo económico.	1	8.3
Ninguno.	8	67
Total	12	100.0

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes embarazadas en Centro de adolescentes.

ANEXO 6: FOTOS



Consejería y actividades educativas dirigidas a las adolescentes embarazadas con el servicio de Psicología en el auditorio del Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua.



Director del Centro de adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Dr. Carlos Martin Dinarte en el auditorio de docencia con médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.



Actividades educativas. Orientación parto psicoprofiláctico a adolescentes embarazadas.



Personal de Salud del Centro de Adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua.